

**2013**  
**FÓRUM INTERNACIONAL**  
**CUIDADOS DE SAÚDE AO DOMICÍLIO**  
COIMBRA, PORTUGAL - 8 e 9 NOVEMBRO

ORGANIZAÇÃO: REVISTA SINAIS VITAIS  
LOCAL: AUDITÓRIO DA ESEnfc - POLO A

Secretariado:  
Formação - Formação e Saúde, Lda  
Parque Empresarial da Ensa, lote 19  
3020-365 Coimbra

Contactos/Informações  
T. +351 239 801020/21/22  
F. +351 239 801029  
E. [separ@sinavitalis.pt](mailto:separ@sinavitalis.pt)  
[www.sinavitalis.pt](http://www.sinavitalis.pt)



## QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Coimbra

8 e 9  
Novembro  
2013



Escola Superior de Enfermagem  
Universidade do Minho

Ermelinda Macedo

## A história...

- A pessoa com doença mental foi, durante muito tempo, encarada como “não doente” e sujeita a tratamentos pouco dignos e violentos em locais pouco associados à saúde e à doença.

→ *Carta aos Diretores de Asilo de Loucos* (Antonin Artaud)



“asilos” como “cáceres horríveis onde os reclusos fornecem mão-de-obra gratuita e cómoda, e onde a brutalidade é norma [...] O hospício de alienados sob o amparo da ciência e da justiça, é comparável aos quarteis, aos cáceres e às penitenciárias”.

→ Num internamento de Van Gogh



“E cá estou, há muitos dias, fechado e aferrolhado no manicómio, com guardas à vista, sem culpa provada, ou sequer provável”.

*A visão do Inferno* (Sylvio Floreal), ao referir-se ao hospício, diz que...



“Reinava a calma paradoxal, absurda, incompatível com aquele ambiente”.

# O Estigma...

Corrigan (2012) distingue o estigma em dois grupos:

- **O estigma Público** – os efeitos nocivos para as pessoas com doença mental existem quando a população em geral subscreve o prejuízo da doença mental;
- **O autoestigma** que acontece quando a pessoa com doença mental internaliza o estigma, o qual tem impacte na autoestima (eu não valho nada) e na autoeficácia (eu não sou capaz).

## O Estigma...

### **Consciência:**

O público acredita  
que as pessoas  
com doença  
mental são fracas

### **Acordo:**

É verdade. As  
pessoas  
com doença mental  
são fracas

### **Aplicação:**

Eu sou mentalmente  
doente, então eu  
devo ser fraco.

### **Prejuízo:**

Porque sou  
fraco, eu não  
sou digno nem  
capaz.

## DESENVOLVIMENTO DO **AUTOESTIGMA**

(Corrigan & Rao, 2012)

## Prevalência...

O Primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental foi conduzido entre 2006 e 2009. Aproximadamente 43% dos portugueses sofreram de doença mental ao longo da vida. Quase 23% das pessoas nos 12 meses que antecederam o inquérito tiveram uma doença mental. Ainda segundo os primeiros dados do mesmo estudo, as doenças mentais mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5%) e a depressão (7,9%).

Declarações de Álvaro Carvalho, Coordenador Nacional para a Saúde Mental e Coordenador da Equipa de Projeto para os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (EPCCISM), em 11 de Outubro de 2012 no III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, dão-nos conta das alterações propostas para a prestação de cuidados às pessoa com doença mental (Carvalho, 2012).

De facto, o peso das doenças crónicas é superior ao da doença aguda, o que indica que a tipologia de resposta deve ser diferente, pedindo uma adaptação do sistema de saúde para uma organização **mais sistémica**, baseada na proximidade e no trabalho em rede. É necessário **reorientar a resposta para realidades novas que necessitam de áreas de reabilitação e de apoio domiciliário**, em detrimento do excesso de hospitais de agudos.

(Fernandes, 2012)



Relativamente a este aspeto, Cardoso (2008), quando questionado sobre o futuro da psiquiatria, refere que o **caminho é comunitário** com logística de retaguarda e que não se devem correr riscos de exageros de boa vontade e entusiasmo. No entanto, acrescenta, que esta corrente e a corrente mais conservadora e hospitalar, estão “[...] condenadas a encontrarem-se a conhecerem-se” (p. 53).



Atendendo à conjuntura nacional e internacional que norteia a saúde mental e psiquiatria, a **Qualidade de Vida (QDV)** das pessoas com doença mental torna-se uma área fundamental de investigação, tendo em conta a sua inquestionável importância na aferição de medidas de intervenção. Um facto observável relaciona-se com um interesse crescente nos últimos anos na QDV da pessoa com doença mental como objeto de investigação.

O Grupo da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Group) definiu Qualidade de Vida como :

“a **percepção** do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

(Fleck et al., 1999a; Fleck, et al., 1999b, 2000; Rapley, 2003; WHO, 1997b; WHOQOL Group, 1995, 1996, 1998).

## QDV COMO UM INDICADOR DE RESULTADO EM SAÚDE A PAR DA MORTALIDADE E MORBILIDADE

Melhorar a QDV das pessoas deve ser um **objetivo intrínseco** de qualquer intervenção da saúde e a **justificação ética** para a existência da psiquiatria.

(Berlim & Fleck, 2003)

## Porquê?...

Associa-se uma **experiência profundamente discriminatória** com um grande impacte, não somente por serem doenças, na maioria de carácter crónico, mas, igualmente, pela sua natureza incapacitante.

A reflexão sobre o **percurso histórico da psiquiatria** e o **meu próprio percurso, enquanto enfermeira e docente**, foram fontes de reflexão e forneceram-me informações sobre a forma como as pessoas com doença mental são cuidadas e tratadas dentro e fora dos hospitais ou outras instituições de saúde.

Os dados revelam um **aumento da prevalência destas doenças**, o que nos aumenta a preocupação em pesquisar variáveis importantes para a saúde dessas pessoas.

## Porquê?...

O facto das doenças mentais serem responsáveis por uma **grande carga familiar, social e financeira**, com grande impacte no indivíduo e na sociedade, quando comparadas com outras doenças (WHO, 2003a), o que nos leva a pensar que as características da própria doença, os seus tratamentos e o cuidado prestado à própria pessoa com doença mental são elementos que atuam nas suas vidas de forma marcante e significativa.

Na investigação em psiquiatria, a **QDV é uma importante medida de resultado** para podermos aferir medidas de intervenção. Uma das razões é o reconhecimento de que a predominância das clássicas medidas de resultado, como a mortalidade e a morbilidade, não é suficiente para melhorarmos as intervenções em saúde (Masthoff et al., 2006).

# Depressão

- ✓ Empurra para o fosso da existência
- ✓ A pessoa está embaraçada, ancorada, emperrada na marcha para diante
- ✓ Desgaste do fluxo vital
- ✓ Há um afrouxamento, dando origem ao fenómeno da inibição
- ✓ É o escuro que fica depois de se esgotar uma vela que desapareceu
- ✓ O tempo íntimo da pessoa deprimida escurece
- ✓ O mundo apaga-se em redor e aproxima-se da morte
- ✓ É o aqui e agora
- ✓ Não há futuro
- ✓ Não há Passado

(Carlos Mota Cardoso)



# Estudo I (WHOQOL-Bref); Recolha de dados (Domicílio dos sujeitos)

WHOQOL-Bref (DF)	WHOQOL-Bref (DP)	WHOQOL-Bref (DRS)	WHOQOL-Bref (DA)	WHOQOL-Bref (Faceta QDV Geral)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distímia/DPSOE t = -3.73; p = .003 DPSOE/DB U = 0.5; p = .016</li> <li>2. r = -0.43; p = .006</li> <li>3. feminino/masculino t = -2.18; p = .018</li> <li>4. &lt; 6anos/&gt;6anos t = -4.14; p = &lt;.001</li> <li>5. 1 conexão/2 conexões U = 109.50; p = .041</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distímia/DPSOE U = 7.5; p = .01 DPSOE/DB U = 2.5; p = .04</li> <li>2. &lt; 6anos/&gt;6anos U = -38.00; p = &lt;.002</li> <li>3. p = 0.355; p = .026</li> <li>4. 1 conexão/2 conexões t = 2.74; p = .011</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. p = 0.407; p = .01</li> <li>2. <math>\chi^2 = 7.581</math>; p = .023</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 conexão/2 conexões U = 104.00; p = .027</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. D M/PDSOE U = 20.0; p = .024</li> <li>2. &lt; 6anos/&gt;6anos U = -58.00; p = .021</li> <li>3. s;d;v/c;uf U = 102.00; p = .020</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico</li> <li>2. Classe etária</li> <li>3. Sexo</li> <li>4. Escolaridade</li> <li>5. Transportes utilizados para deslocação à consulta de psiquiatria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico</li> <li>2. Escolaridade</li> <li>3. Classe social</li> <li>4. Transportes utilizados para deslocação à consulta de psiquiatria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Classe social</li> <li>2. Tipo de atividades realizadas aquando da visita</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transportes utilizados para deslocação à consulta de psiquiatria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico</li> <li>2. Escolaridade</li> <li>3. Estado civil</li> </ol>

## Confirmação parcial das hipóteses:

H<sub>1</sub>: Os domínios da QDV diferem em função de variáveis clínicas em estudo;

H<sub>2</sub>: Os domínios da QDV diferem em função de variáveis sociodemográficas e de condições de acompanhamento;

H<sub>3</sub>: Os domínios da QDV diferem em função das condições físicas, psicológicas e sociais observadas no domicílio.



## Estudo II (WHOQOL-Bref)

Comparação da QDV dos sujeitos do Grupo I (com doença) e Grupo II (sem doença).

Domínios	Grupo I	Grupo II	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média±DP	Média±DP		
<b>DF</b>	49.73±18.71	68.96±14.96	-5.01	< . 001
<b>DP</b>	45.30±16.28	72.12±11.56	-8.39	< . 001
<b>DRS</b>	54.06±18.02	72.01±15.35	-4.73	< . 001
<b>DA</b>	54.41±12.64	58.33±12.89	-1.36	. 089
<b>Faceta QDVG</b>	48.40±17.49	66.06±14.32	-4.87	< . 001

**Confirmação da  $H_4$**  : Os domínios da QDV são superiores em indivíduos sem diagnóstico de doença mental quando comparados com indivíduos com diagnóstico de doença mental.

## Estudo III - A importância das narrativas das pessoas

- *O atraso no processo de vida e o comboio regional*
- *Quem, nesta vida, sofre a dobrar, a triplicar...*
- *A ideia de não suportar a solidão*
- *A tristeza que tentou isolar-me*
- *A linha de comboio parecia a solução... A impotência na vida de Luísa*
- *Já me levanto a pensar em me deitar...*
- *Não tenho amigos...não tenho...vivo pelos filhos...*
- *Este aperto que não me larga...*
- *Às vezes é uma alegria que não cabe dentro de mim*
- *A minha vida foi sempre assim...*

1. O sofrimento
2. A estigmatização
3. Os eventos de vida
4. A natureza incapacitante da doença.
5. Acompanhamento da pessoa com doença mental

## O caso de Luísa (nome fictício)

*A linha de comboio parecia a solução... A impotência na vida de Luísa.*

Depois de percorrer alguns caminhos sinuosos encontrei a casa de Luísa. Abaixo das escadas que me levariam à sala, estava um senhor com um ar pesado e triste. Foi simpático à minha chegada e recebeu-me com todo interesse. Perguntei se era ali que morava Luísa. Levou-me até ela e ausentou-se.

*(Pensei sobre a atitude do marido e, apesar de se mostrar disponível, pareceu dizer-me pela sua atitude que o assunto era da esposa...)...*

...Luísa encontrava-se na sala sentada a um canto de um sofá com as mãos entre as pernas e a cabeça baixa. Percebi que não seria fácil o contacto, no entanto, bastou cumprimentá-la e sentar-me ao seu lado, como me pediu, e tudo se desenrolou com relativa facilidade numa conversa molhada pelas suas lágrimas. Apesar de o marido estar em casa, parecia sozinha.

*(Tive a sensação que Luísa sofria de **solidão**...).*

...Luísa vive com uma filha de 28 anos, que vai casar, e o marido. Tem mais uma filha com 30, casada, e conta também com a morte de uma filha com três anos. Refere que esta fase a perturbou imenso e que, apesar de se terem passado 34 anos, não *pode* esquecer: “foi a minha primeira filha e estive 5 anos sem conseguir pensar em ter filhos”.

*(A morte já faz parte da vida de Luísa e fala dela com muita tristeza... reflito sobre o impacte que teve na sua vida...).*

...Luísa já tem na sua história clínica uma tiroidectomia e histerectomia total. “fiquei muito mal desde que fui operada...não tenho saliva...” depois da histerectomia, diz “emagreço cada vez mais, o peito está cada vez mais pequeno, sinto-me seca...percebe?” segundo refere, disseram-lhe que não precisava de vigilância... que não valia a pena ser vigiada. Foi a um médico particular que lhe receitou um selo e mostra-mo.

*(Reflico sobre o acompanhamento de Luísa no que respeita à sua saúde...)....*

...Está em casa sem trabalhar há dois anos – “não posso trabalhar e cortaram-me a baixa...acham que estou com saúde para trabalhar, mas eu não consigo”... Era encarregada numa fábrica, mas desde que lhe foi atribuído essa responsabilidade começou a sentir-se mal – “Desde que comecei a ser encarregada é que comecei a avariar...é muita responsabilidade...estão sempre a fazer asneiras...são 35 mulheres e eu tenho que ensiná-las...”



...Apesar das entidades responsáveis considerarem que Luísa está em condições de trabalhar, ela diz que não... tem medo de voltar e não conseguir assumir tanta responsabilidade. “Em casa faço porque sou obrigada... quando eu trabalhava não me faltava nada... agora 400€ não servem para nada...os gastos em medicamentos são muitos e o supermercado gasta-me o resto...não trago o que me apetece...nem o iogurte para a minha neta...”

*(Penso sobre a possibilidade dos fatores individuais e sociais poderem influenciar a evolução da doença de Luísa...)*

...Foi encaminhada para a consulta de psiquiatria pela médica de família a seu pedido: “pagava 60€ de consulta no médico particular e eu não posso...”

O marido também está desempregado. Segundo percebi está reformado por doença da coluna – hérnias discais - sendo já submetido a duas cirurgias. “O meu marido não tem força... até deixa cair o garfo...” A sua vida sexual é influenciada pela histerectomia... “tiraram-me tudo e ... o meu marido também é muito doente...”...

...O discurso está impregnado de tristeza, ressentimento, de revolta e impotência. Quando os instrumentos de recolha de dados estavam já preenchidos, e me preparava para me despedir, diz: Já me lembrei da linha de comboio aqui da frente...lembro-me muitas vezes...a minha prima também se atirou...eu não estou cá a fazer nada...” Claro que voltei a sentar-me e estive o tempo que Luísa e eu precisámos...

*(Invade-me um sentimento paradoxal: por um lado a satisfação de estar ao lado de Luísa neste momento e, por outro, a impotência perante tanto sofrimento...).*

De facto, quando nos disponibilizamos a contactar mais de perto com pessoas com doença mental, isto é, quando entramos no seu espaço (as suas casas), as suas vidas são-nos facultadas durante o tempo das conversas de diversas formas. Quando os discursos das pessoas estudadas em contexto comunitário são escritos, não têm som, nem cheiro e a visão tem pouca expressão.

Com mais ou menos contacto visual, com mais ou menos palavras, com mais ou menos expressão não verbal, com mais ou menos expressão de emoções e com mais ou menos disponibilidade de tempo e mental, a simplicidade intensa imposta aos discursos, torna-os **duros e repletos de emoções.**

Os seus corpos são o espelho dos seus discursos. A tristeza, a revolta, o choro aparecem à conversa a qualquer momento. A **solidão** de quem vive acompanhado é um assunto que as perturba. A **impotência** perante alguns problemas é assustadora. As **emoções** das pessoas com doença de humor visitadas estão sempre presentes e a dificuldade em lidar com elas também.

O sentir de quem as visitou é **perturbador**. Os sentimentos muitas vezes de forma duplos: por um lado, a grande satisfação de estarmos ao lado das pessoas que parecem precisar de nós e, por outro, a nossa própria impotência perante algumas situações que mereciam atenção dos profissionais que acompanham estas pessoas.



Ficaram as sensações... são pessoas que **vivem muito sós**...são pessoas que **precisam muito de ser ouvidas**... são pessoas que **precisam de ser ajudadas**... são pessoas que precisam de tempo para **(re)aprender** a gerir os pequenos pormenores da vida e também as emoções.

O sentir de quem as visitou é impulsionador para se repensarem modelos de acompanhamento, construindo uma nova forma de encarar a doença mental. As palavras das pessoas funcionam como lembrete de como o **isolamento** e a **solidão** caracterizam a vidas das pessoas com doença mental. De facto, vivemos num mundo global, mas, paradoxalmente, parece que estamos mais isolados do que nunca.

Os sintomas da doença mental são apenas uma parte do tratamento; a outra parte é ajudar as pessoas a levar uma vida o mais satisfatória possível e a reaprender a “viajar no intercidades” como foi referido por um dos sujeitos (*O atraso no processo de vida e o comboio regional*) que, no nosso entender, não é mais do que (re)encontrar um caminho na vida e no mundo.

89% dos sujeitos estudados eram apenas acompanhados pelo psiquiatra e o regime terapêutico assentava **apenas na psicofarmacologia**.

**Nenhum** participante do estudo tinha sido alguma vez visitado no seu domicílio por um profissional de saúde.

**Apenas um** participante era acompanhado por psicologia e **um outro** por um técnico superior de serviço social.

**Depressão****Fatores que influenciam a adesão****Intervenções que aumentam a adesão***Fatores socioeconômicos*

Não foi encontrada informação

Não foi encontrada informação

*Fatores relacionados com a equipa de saúde/cuidados de saúde*

(–) Pobre educação da pessoa com doença

(+) Intervenção multifacetada nos cuidados primários

Cuidados multidisciplinares; treino dos profissionais de saúde sobre adesão; aconselhamento promovido por enfermeiras dos cuidados primários; consulta/aconselhamento por telefone e; melhorar a avaliação e acompanhamento das pessoas com doença.

*Fatores relacionado com a condição*

(–) Comorbilidade psiquiátrica

(+) Instruções claras sobre como lidar com a doença, natureza da doença; pobre compreensão sobre a doença e sintomas

Educação da pessoa com doença relativamente ao uso dos medicamentos.

*Fatores relacionados com a terapêutica*

(–) alta frequência das doses; co-prescrição com benzodiazepinas; doses adequadas de medicamentos.

(+) Baixa frequência das doses; Instruções claras sobre a gestão dos medicamentos.

Educação relativamente ao uso dos medicamentos; prescrições adequadas a cada pessoa com doença e; contínuo acompanhamento e reavaliação do tratamento.

*Fatores relacionados com a pessoa*

(–) Traços de personalidade

Aconselhamento; aconselhamento para prevenção de recaídas; psicoterapia familiar; frequentes entrevistas de follow-up e; aconselhamento específico orientado para as necessidades e preocupações individuais.

- As doenças do humor provocam grande prejuízo nas pessoas, criando também grande preocupação para a sociedade. Com a investigação que se vai realizando contribui-se para se abrirem caminhos, incluindo a necessidade de avaliação da QDV em amostras em que o diagnóstico médico siga critérios rigorosos e em maior número. Torna-se ainda importante o desenvolvimento de estudos longitudinais e, acima de tudo, sobre o impacto das intervenções psicossociais sobre a QDV.

De facto, como refere Freyre (2006) para se trabalhar em profissões de saúde é necessário ter um olhar mais amplo, desdobrado, um olhar que alcance as relações com as famílias, trabalho, amigos, aspirações e esperanças, e valorizar os aspetos que não são observáveis nas análises e nos raios X, pois estes “[...] não acusam opressões, não acusam marginalização, não acusam desajustamento social, não acusam abandono” (p.30).

## Referências bibliográficas

- Artaud, A., Van Gogh, V., Floreal, S., & Marx, K. (2010). *Loucura e testemunho*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 249-252.
- Cardoso, R. (2008). Entrevista a Rui Mota Cardoso. *Ser Saúde*, 9, 43-55.
- Carvalho, A. (2012, Outubro). *Saúde Mental em Portugal: dados epidemiológicos e orientações estratégicas para o futuro*. Conferência apresentada no III Congresso Internacional da SPESM - da Investigação á Prática Clínica em Saúde Mental. Porto.
- Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57 (8), 464-469.
- Fernandes, A. (2012). Saúde, desenvolvimento e coesão social. In I. Carmo (Ed.). *Serviço Nacional de Saúde – as ameaças, a crise e os desafios*. (pp. 109-115). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Vieira, G. (1999a). Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 32, 198-205.
- Freyre, F. (2006). Entre a história no papel e o papel na história no âmbito das doenças mentais. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho.



- Jornal Diário de Notícias (2010). [on-line]. Acedido em 14, maio 2011 em [http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content\\_id=1526364](http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1526364)
- Masthoff, E., Trompenaars, F., Van Heck, G., Hodiament, P., & De Vries, J. (2006). Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. *Social Indicators Research*, 76 (2), 165-184.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- World Health Organization (1997b). *WHOQOL - Measuring quality of life*. Division of Mental Health, Prevention of substance abuse, World Health Organization: Geneva. Acedido em 15, Maio, 2008, em [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- World Health Organization (2003a). *Investing in mental health*. Consultado em 12, maio, 2011, em [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
- World Health Organization (2003b). Adherence to long term therapies: evidence for action, Geneva, WHO. Acedido em 6, novembro, 2012, em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- WHO Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 10, 1403-1409.
- WHO Group (1996). What Quality of Life?. *World Health Forum*, 17 (4), 354-356.
- WHO Group (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 12, 1569-1585.

**2013**  
**FÓRUM INTERNACIONAL**  
**CUIDADOS DE SAÚDE AO DOMICÍLIO**  
COIMBRA, PORTUGAL - 8 e 9 NOVEMBRO  
ORGANIZAÇÃO: REVISTA SINAIS VITAIS  
LOCAL: AUDITÓRIO DA ESEnfc - POLO A

Secretariado:  
Formação - Formação e Saúde, Lda  
Parque Empresarial da Ensa, lote 19  
3020-365 Coimbra

Contactos/Informações  
T. +351 239 801020/21/22  
F. +351 239 801029  
E. [separ@sinavitalis.pt](mailto:separ@sinavitalis.pt)  
[www.sinais-vitalis.pt](http://www.sinais-vitalis.pt)



Muito obrigada pela atenção!

## QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Coimbra

8 e 9  
Novembro  
2013



Escola Superior de Enfermagem  
Universidade do Minho

Ermelinda Macedo